

DATOS DEL CONTRATISTA						
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (30-06-2025)						
NOMBRES Y APELLIDOS:	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ			CC:	52212853	
CORREO ELECTRÓNICO:	OLGALU2416@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3222636123	
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 28 SUR 37 91			CIUDAD:	BOGOTA	
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	009000734260	
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO						
N° DEL CONTRATO:	PS 4215 2025	N° CDP:	794	N°. RP:	794	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS (06) MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/01/01	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/06/30		
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/06/01 AL 2025/06/30					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 3.143.560					



OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
PS_4215_2025_EB8FFF-2025-06-17 11:28:59

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ
CC: 52212853
CEL: 3222636123

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y
OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ

CON C.C N°52.212.853

OBJETO DEL CONTRATO:PRESTAR SERVICIOS COMO TECNOLOGO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION FINANCIERA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOSPROFESIONALES No. PS 4215 2025FECHA INICIO CONTRATO2025/01/01

VALOR INICIAL DEL CONTRATO\$9.430.680No. HORAS EJECUTADAS0

VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:\$18.861.360VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:\$3.143.560

PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGASSEIS (06) MESES

UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:HOSPITAL SANTA CLARA

NOMBRE DEL SUPERVISOR:RONALD AGUILAR GOMEZ

II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO
(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)

1	Se realizó validación de cada una de las cuentas, para evidenciar trazabilidad de las facturas entregadas para tramite, y así realizar un proceso efectivo.
2	Apoyo en radicación antes algunas ERP
3	Se trabajan las devoluciones teniendo en cuenta cada agilsalud, anexando los soportes pertinentes en cada uno.
4	Realizar los archivos planos, con los diferentes lineamientos por SYAC, para así realizar los cargues efectivos en el sistema de información DGH.
5	Asistí a las diferentes actividades de capacitación programadas por la líder del área, para actualizar conocimientos en normatividad vigente.
6	Se realiza gestión para la respectiva radicación de las diferentes ERP, asignadas en el mes
7	Se consultaron bases de datos, para identificar afiliaciones al régimen de seguridad social en salud, y páginas de las diferentes entidades para descargar evidencia de servicios prestados (autorizaciones, Adres, Comprobador de derechos,), por parte de la Subred Integrada De Servicios de Salud Centro Oriente, a los diferentes usuarios que fueron notificados con causales de devolución.
8	Se recibieron bases de datos de las diferentes ERP, para realizar el análisis y trámite de respuesta a las mismas, manejando los tiempos establecidos según la normatividad vigente.
9	Se realiza tramite de respuesta de devoluciones correspondiente a las diferentes ERP, en aplicativo de información DGH.
10	Se realizó, descargue de soportes de las carpetas compartidas del armado de cuentas, para validación de soportes adjuntos en radicación inicial, y soportar faltantes para así dar una respuesta efectiva, y así subsanar las inconformidades dispuestas por las diferentes ERP.

III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-06-01) AL (2025-06-30)

IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 87344856	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SANITAS	2025/06/11	\$ 178.000
PENSIÓN:	COLFONDOS	2025/06/11	\$ 227.800

RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR	2025/06/11	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut) 3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro . 4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA	<div><div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ</div><div>PS_4215_2025_EB8FFF-2025-06-17 11:28:59</div></div> <div>OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ</div> <div>CC: 52212853</div>		
FIRMA DE QUIEN VALIDA	<div><div>ALEXANDRA MARÍA MERCADO JIMÉNEZ</div><div>PS_4215_2025_EB8FFF-2025-06-17 16:57:35</div></div> <div>ALEXANDRA MARÍA MERCADO JIMÉNEZ</div> <div>SUPERVISOR ALTERNO</div>		
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO	<div><div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div><div>PS_4215_2025_EB8FFF-2025-06-17 18:19:00</div></div> <div>RONALD AGUILAR GOMEZ</div> <div>SUPERVISOR DEL CONTRATO</div>		

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87344856	\$469.000
TOTAL A PAGAR					

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-7	Seguros Bolivar S.A.	860002503-2	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	28.500	0
						0	
						0	
						28.500	
							1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	469.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52212853	OLGA LUCIA DAZA MARTINEZ		CALLE 28 # 37-91	3222636123	OLGALU2416@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-05	2025-05	I	11/06/2025	87344856	10
					TOTAL A PAGAR
					\$469.000

DETALLE POR COTIZANTE																																												
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sujeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	DA	AP	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52212853	DAZA MARTINEZ OLGA LUCIA	59	0	N																	231001	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS005	1.423.500	178.000	14-7	1.423.500	3	34.700	CCF24	1.423.500	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA